

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT
DE LA
GRENOUILLETTE SUS-HYOIDIENNE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Juillet 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FRANÇOIS BOYER

Né le 21 Janvier 1869, à Pérouges (Ain).



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1896

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT
DE LA
GRENOUILLETTE SUS-HYOIDIENNE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Juillet 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FRANÇOIS BOYER

Né le 21 Janvier 1869, à Pérourges (Ain).



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1896

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. Doyen.
LÉPINE. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNÉ.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{ BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.	LORTET.
Physiologie.	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	TRIPPIER
Médecine légale.	POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène.	ARLOING.
Thérapeutique.	LACASSAGNE.
Pharmacie.	BARD.
	SOUPLIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. ROCHET.	MM. BOYER.	MM. DOYON.
CONDAMIN.	ROLLET.	CURTILLET.	BARRAL.
COURMONT.	ROQUE.	VALLAS.	MOREAU.
DEVIC.	ROUX.	SIRAUD.	CAUSSE, chargés des
GANGOLPHE.	COLLET.	DURAND.	fonctions d'agrégé.
POLLOSSON (Aug.)			

M. ETIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. POLLOSSON (M.), Président ; M. ROUX, Assesseur ; MM. ROCHET et VALLAS Agrég.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

Nous avons dû dans notre travail, pour montrer combien la grenouillette est difficilement curable, non pas nous appuyer sur des observations, et c'est là une lacune, mais bien simplement invoquer le témoignage des maîtres dans l'art de guérir; la lacune que nous signalons est due à ceci : c'est que nous n'avons pu, en dehors des trois cas de M. le professeur-agrégé Rochet, trouver une seule observation de grenouillette dans la pratique hospitalière de Lyon ; non pas que les cas en soient si rares, mais simplement parce qu'ils ne sont pas notés ; et durant près d'une année que nous avons attendu, nous n'avons pu voir qu'une seule grenouillette ; encore le porteur de l'affection s'en alla-t-il un beau matin, sans rien dire, emportant même dans sa retraite le bien des hospices sous forme de gaze iodoformée dont on avait bourré la cavité kystique ; nous

n'avons donc pu tirer aucun parti d'une telle observation.

Nous aurions pu aussi, en cherchant dans des bouquins plus ou moins poudreux, trouver assez d'observations pour combler largement la lacune dont nous parlons; mais ne pouvant avoir de documents originaux, il nous a paru plus intéressant de procéder comme nous l'avons fait.

L'idée de notre thèse est due à M. le professeur agrégé Rochet, et à lui revient tout le mérite du travail; et nous voulons, à cette occasion, le remercier non seulement pour sa bienveillante obligeance d'à présent, mais encore pour les enseignements si judicieux, si sincèrement pratiques qu'il nous donnait, avec la même bienveillante obligeance lorsque, débutant, les arcanes de la chirurgie nous paraissaient si profonds, si impénétrables.

Que M. le professeur M. Pollosson, qui a bien voulu présider notre jury de thèse, nous permette de le remercier pour s'être intéressé à notre modeste travail.

M. le professeur Augagneur aussi a droit à nos remerciements, lui qui, dans ses cliniques de l'Antiquaille allie si bien à la verve spirituelle un enseignement plein d'idées et de choses.

A M. le professeur agrégé Gangolphe,

A M. le professeur agrégé Jaboulay,

A M. le professeur agrégé Condamin,

A tous nos maîtres, et non pas pour remplir une banale

formule de thèse, nous apportons un témoignage sincère de gratitude méritée par tout ce qu'ils donnent si libéralement à qui en veut profiter, trésors de haute science, de haute intelligence, de cœur généreux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT
DE LA
GRENOUILLETTE SUS-HYOIDIENNE

CHAPITRE PREMIER

La question que nous abordons est aussi ancienne que l'art médical lui-même, et peu, parmi les affections les plus graves et les plus fréquentes ont fait éclore autant de discussions et se sont vu appliquer autant de méthodes curatives.

Nous ne nous attarderons pas, dans ce chapitre d'histoire, à rappeler toutes les théories que l'on a pu émettre dans le cours des siècles au sujet de l'anatomie pathologique de la ranule, le côté chirurgical faisant seul l'objet de notre travail.

Sans remonter aux temps véritablement trop reculés d'Hippocrate, père de la médecine, nous trouvons la question traitée de cent façons les plus diverses ; et tous ceux dont la profession est de guérir, médecins aussi bien que chirurgiens, se sont attaqués à la ranule, quoiqu'il semble d'abord qu'elle soit justiciable seulement de ces derniers.

Et d'abord, disons par quels moyens médicaux on a cru pouvoir se rendre maître de la grenouillette.

Au x^e siècle, Avicenne emploie les topiques, sans grands résultats d'ailleurs, ainsi que le montre bien le passage suivant : « *Experiantur ipsæ medicinæ corrosivæ, incisivæ, resolutivæ, in quibus est superflua exsiccatio autem non valuerint, non erit excutatio ab operatione manus.* » *Avicennæ Arabum medicorum principis liber tertius.*

Atius qui croit la grenouillette une dilatation variqueuse des vaisseaux recommande les détersifs : « *Utendum sane iisdem remediis, quæ ad aphtas, otii ulcera describemus, maxime tamen hisquæ sunt ex eis fortiora.* » (*Ætius Amideni, Medic. class. librorum, XVI, 1537*).

Vers 1550, le célèbre Forestus et Nicolas Forentinus suivent l'exemple d'Avicenne.

Au temps des phlegmes, des pituites, de l'atrabile et autres humeurs peccantes, au temps héroïque ou maître Purgan saignait, purgeait et clystérisait sans merci, voulant agir sur les causes générales qui déterminent la maladie, Lazare Rivierre préconise tour à tour les purgatifs, les cautères et l'inévitable saignée. (Rivierri Lazari, *Op. med.*).

Et même Barbethuis, en 1673, parle d'une poudre capable de guérir, dit-il, une ranule récente, ou la ranule d'un enfant.

A la fin du siècle dernier, Soulier préconise les sialagogues, vantés déjà avant lui par Frantz.

Dupuytren lui-même conseille d'employer dans certains cas les antiphlogistiques.

Il est aisé de concevoir combien un tel arsenal thérapeutique avait peu de prise sur l'affection; aussi, bien plus nombreux sont les procédés chirurgicaux, et bien plus brillante la nomenclature des chirurgiens qui se sont appliqués à combattre la grenouillette.

Tour à tour essayés, puis abandonnés, puis repris de nouveau, ces procédés ont subi des fortunes diverses, et presque tous ont pour garant de leur valeur curative le nom d'un maître illustre dans l'art de guérir. Nous allons les exposer, non pas en suivant l'ordre chronologique, car alors nous aboutirions à un fouillis sans intérêt de noms et de dates, mais bien en prenant à part chacun d'eux et en disant par qui, quand et comment il fut employé.

De tous les procédés chirurgicaux le premier en date est la ponction simple, c'est le plus élémentaire et aussi le plus universellement abandonné.

L'excision qui n'est guère qu'une modification de la ponction, fut employée par Roscius, Rivierre, Munich, Louis, J.-L. Petit : cette opération jouit d'ailleurs, à l'heure actuelle, d'un crédit à peu près égal à la précédente.

Procédé chirurgical par excellence, et employée depuis fort longtemps, l'ablation totale de la tumeur est déjà recommandée par Celse; Allincaris, qui croyait la grenouillette « tumeur de nature cancéreuse », la conseille également, mais seulement lorsque la tumeur est blanche et remplie de liquide. Mercurialis, Lader, Diverbrook l'adoptent : mais Amb. Paré, Fabrice d'Arquapendente, Gonin, Lafaye, Louis, Breschet, Dupuytren ne l'acceptent qu'à titre de méthode d'exception, frappés du danger de l'hémorragie qui peut suivre l'opération. Malgaigne

s'en déclare partisan convaincu, et récemment le professeur Michel de Strasbourg lui doit de beaux succès, tandis que Gosselin, Denonvillers, Halmes, Desprès, Léon Labbé, Duplay la tiennent pour trop dangereuse. Sonnenburg, enfin, en fait la méthode de choix.

Marc-Aurèle, Séverin Sen, Tulpius 1652, Stalpart van der Wiel cautérisent la tumeur au fer rouge, mais seulement lorsque les siccatifs ont échoué. Ambroise Paré, qui croyait la grenouillette « matière pituiteuse, froide, humide, visqueuse, qui tombe du cerveau sous la langue », Ambroise Paré faisait de la cautérisation ignée la méthode de choix et décrit même un fer « de figure cambre comme chausse-pied », convenant d'une façon parfaite pour ouvrir « ladite apothème ». Louis en 1778 préconise cette manière d'opérer, et au commencement de notre siècle, le baron Larrey se fait un ardent défenseur de la méthode, 1820.

L'idée de prévenir les récidives en enlevant une partie de la paroi kystique est mise à exécution par Tulpius 1652, qu'imitent plus tard Desault 1813, Breschet 1817, Boyer 1822 ; Dupuytren 1830, et Denonvillers n'interviennent par ce procédé qu'en des cas exceptionnels.

En 1863, Halmes complète l'opération précédente d'une flagrante insuffisance, en cautérisant la portion de la paroi qui n'a pas été enlevée : il se sert pour cela du nitrate d'argent. Lannelongue, Jarjavay, Gosselin et Volette adoptent la méthode en substituant au nitrate d'argent, les deux premiers le sel lunaire, les autres le perchlorure de fer.

Plus près de nous, on s'est servi dans le même but d'instruments et de méthodes nouvellement introduits

dans la pratique chirurgicale : galvano-cautère et galvano-caustique chimique ; Bryk et Scarenzio Voltolini.

En 1740, Le Cat eut l'idée logique, ne pouvant empêcher la cicatrisation rapide de la plaie opératoire, et par suite, l'enysthement d'une nouvelle quantité de liquide, de maintenir béante l'ouverture faite à la paroi, et de la sorte put évacuer le liquide à mesure qu'il se formait : dans ce but, il inventa une canule rétrécie à sa partie moyenne, terminée à l'une de ses extrémités en pomme d'arrosoir et en boule à l'autre. Dupuytren en 1830 reprit l'idée de Le Cat et modifia la canule. Dans le même but les corps les plus divers ont été introduits dans le trajet fistuleux : mèche de charpie, Louis 1778, bougie urétrale, Sabathier 1810 ; sétou formé de plusieurs fils de soie, Phyxicte 1813 ; Laugier 1828, Guersant, Marjolin, 1836 ; pour éviter la fétidité qu'entraîne le sétou ordinaire, Lenoir remplace la soie par du plomb, et Chassaignac se sert d'un tube de caoutchouc percé ou drain ; A. Desprès laisse le tube en place jusqu'à six mois et cherche à obtenir une fistule permanente, 1868.

Toujours pour arriver à la fistule permanente, Jobert de Lamballe fait une opération longue et minutieuse qu'il appelle batrachosiplastie ; nous citerons encore pour mémoire, les procédés autoplasiques de Ricord, 1846, et de Barrier de Lyon ; enfin Forget reprend en la modifiant l'opération de Jibert de Lamballe.

Roscius Math, le premier, eut l'idée de détruire la membrane kystique au moyen de remèdes, de faire des pansements modificateurs et de développer une légère inflammation. En 1787, il insiste sur la nécessité des siccatifs, des détersifs graduels, et contre l'affection invétérée, il

emploie les pansements au vin noir, à l'alumine à l'oléo-sulphurin ; il conseille même les cautères. C'était là aussi, la méthode de Fabrice d'Acquapendente 1666 qui repoussait l'extirpation conseillée par Celse. Après avoir incisé le follicule, exprimé son contenu, « on guérit la partie avec des médicaments au commencement anodins comme est la décoction de mauve, et après, détersifs, comme le vin blanc avec le miel rosat ou diamoron et puis avec l'oxymel, jusqu'à ce que l'ulcère paraisse bien net et sans pointe de follicule ».

Puis de nombreux opérateurs combinèrent la cautérisation avec une large excision : Dionis, Hunter 1770, Louis, 1774, Camper, 1784, Lafaye J.-L. Petit ont employé tour à tour le nitrate d'argent fondu, le bichlorure de mercure, l'acide sulfurique, l'acide chlorhydrique, le nitrate acide de mercure, le perchlorure de fer, le chlorure de zinc ; le professeur Tillaux recommande le nitrate d'argent. Richard, modifiant légèrement le procédé, conseille le lavage de la poche suivi d'une injection iodée et Gosselin, les cautérisations répétées ; Forget emploie aussi ce procédé après avoir abandonné la méthode autoplastique.

Au lieu d'employer les lavages, Haine de Tours faisait des injections, et, pour cela, se servait soit d'eau-de-vie camphrée, soit d'essence de térébenthine : Velpeau et Leclerc employaient le nitrate acide de mercure, tandis que Bouchacourt préférait l'iode, imité d'ailleurs par Borelli, Maisonneuve, Jobert, Nélaton, Bonnet, A. Richard, qui, tout en reprochant à l'injection iodée son action tantôt exagérée, tantôt insuffisante, comptent quelques succès dans la série de leurs opérés. Denonvilliers

faisait précéder l'injection d'un grand lavage de la poche ; le professeur Panas injecte 4 à 10 gouttes de chlorure de zinc, et Skybernsky emploie l'eau phéniquée avec d'ailleurs de bien médiocres résultats.

Enfin, et nous touchons ici au procédé le plus récent, M. Th. Auger, en 1879, opéra deux malades de la façon suivante : dans la poche, remplie encore du liquide kystique, on introduit quelques gouttes de chlorure de zinc déliquescent ; on laisse un instant en présence, puis on évacue : dans un rapport qu'il fit au sujet de cette opération, devant la Société de chirurgie de Paris, M. Le Dentu émit quelques doutes sur sa valeur ; puis l'ayant employé sur un plus grand nombre de malades, il s'en déclara partisan convaincu et annonça de très beaux résultats. M. U. Gillette et Desprès lui refusent absolument leur confiance et la discussion de la Société de chirurgie de Paris en 1881, loin de faire la lumière, de consacrer la supériorité d'une méthode quelconque, laisse les choses absolument en l'état.

CHAPITRE II

Dans notre précédent chapitre nous avons confondu à dessein l'histoire clinique de la grenouillette sus-hyoïdienne et de la grenouillette sublinguale vulgaire, les auteurs appliquant à l'une et à l'autre les mêmes méthodes de traitement; en temps qu'entité clinique, toutefois, la première n'est étudiée que depuis peu de temps.

J.-L. Petit, d'autres peut-être avant lui en ont parlé, fait mention d'une tumeur qu'il décrit ainsi : « Ne pouvant être contenue dans la bouche, elle avait écarté les génio-glosses et les génio-hyoïdiens; elle s'était étendue entre les deux branches de la mâchoire inférieure et faisait une saillie considérable entre le menton et l'os hyoïde. »

Boyer, Dupuytren, Louis rapportent des faits semblables, et Jobert de Lamballe cite un cas que nous trouvons dans la thèse de Cadiot, dans lequel cas la fluctuation était perçue d'un angle à l'autre de la mâchoire.

Mais, il faut arriver jusqu'au compendium de Gosselin et Denonvillers pour trouver indiquée nettement l'exis-

tence de la grenouillette sus-hyoïdienne à laquelle ces auteurs imposèrent le nom qu'elle a conservé, puis d'autres étudièrent la question : MM. Delens, Cadiot, dans une belle thèse, le professeur Richet, etc. le professeur Tillaux, chacun apportant sa théorie et des faits pour l'appuyer.

Il ressort de toutes ces études que la pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne peut être comprise de plusieurs façons ; et l'on a pu englober sous ce terme générique, plusieurs sortes de tumeurs différentes au point de vue anatomo-pathologique, et qui cependant au point de vue clinique ont tant de caractères de similitude qu'on est en droit de les confondre sous le même nom. De l'anatomie pathologique nous ne dirons rien, ou très peu, et nous allons essayer simplement et rapidement d'exposer de quelle façon une grenouillette naît et grandit, réservant pour un chapitre spécial d'exposer le moyen qui nous paraît le plus propre à la faire mourir.

Sans parler de la grenouillette sanguine de Dolbeau, non plus que de la grenouillette hydatique de Laugier, qui sont hors de notre cadre, et d'ailleurs tellement exceptionnelles qu'on en compte les cas, plusieurs causes peuvent encore donner naissance à la tumeur.

Quelquefois, la tumeur ne vient occuper l'espace sus-hyoïdien qu'après avoir envahi le plancher de la bouche. Le mécanisme est facile à comprendre : la tumeur née de la glande sublinguale, se trouve trop à l'étroit dans son lieu d'origine, écarte les éléments qui forment le plancher de la bouche et vient faire saillie au-dessus de l'os hyoïde, c'est exactement le cas dont parle J.-L. Petit : mais alors on a affaire, non pas à une grenouillette sus-hyoïdienne, mais bien plutôt à une grenouillette sublinguale.

D'autre fois, et c'est peut-être ainsi que les choses se passent le plus souvent, la grenouillette sublinguale envoie un prolongement, un diverticule, entre les muscles génio-glosses. Ce diverticule, en raison de plusieurs causes, position déclive, laxité plus grande des tissus voisins, ce diverticule, qui d'ailleurs sécrète par lui-même, recueille de plus en plus du liquide, grossit et devient plus volumineux que la tumeur primitive, toujours relié avec elle, par un canal à pertuis étroit, étranglé par la bride musculaire des génio-glosses, on peut même opérer et guérir la tumeur sublinguale sans produire aucun effet sur la tumeur sus-hyoïdienne. Une observation de M. Dieu est absolument probante. Voici de quelle façon on peut la résumer : la malade est opérée d'abord d'une tumeur sublinguale, guérit très vite et très bien sans qu'on soupçonne rien autre ; au bout de peu de temps, formation d'une nouvelle collection enkystée, dans la région sus-hyoïdienne ; cette fois, une nouvelle intervention devient nécessaire et, comme la tumeur est bien limitée et facilement accessible, on l'énuclée en totalité ; cependant, au cours de l'opération on s'aperçoit que la tumeur a comme un pédicule, ce pédicule est creux et laisse passer un stylet ; il se prolonge jusque sous le plancher de la bouche au point exact où était située la première tumeur ; l'examen histologique du liquide et de la paroi donne le même résultat dans les deux cas ; M. Dieu conclut que la seconde tumeur existait déjà lors de la première opération, où il n'a pu l'atteindre, ne la soupçonnant pas et qu'elle n'est somme toute qu'une récédive de la première : ces conclusions très légitimes sont adoptées par la Société de chirurgie.

Mais il arrive que la grenouillette sus-hyoïdienne est primitive au lieu d'être secondaire ; quelle est alors son origine ?

Une théorie émise par le professeur Tillaux soutient que le siège de la tumeur est constamment la bourse séreuse de Fleischmann. M. Tillaux, après de nombreuses dissections, a trouvé plusieurs fois cet organe ; d'autres auteurs n'ont jamais pu la rencontrer malgré les plus patientes recherches, et l'on peut affirmer sans crainte que si la bourse de Fleischmann n'est pas problématique ainsi que le disent MM. Forgues et Reclus, et avec eux beaucoup d'anatomistes, au moins est-elle peu commune.

D'ailleurs, le contenu de bien des grenouillettes sus-hyoïdiennes d'emblée plaide contre cette hypothèse et semble montrer clairement que l'on a affaire à un kyste salivaire, et ces grenouillettes sus-hyoïdiennes d'emblée sont les plus redoutables, les plus difficiles à opérer et à guérir ; ce sont elles qui envoient ces prolongements si difficiles à atteindre, qui envahissent la région antérieure du cou tout entière par leurs diverticules ; elles se conduisent en un mot absolument comme un kyste séreux du cou et, se basant sur cette analogie clinique, une théorie prétend que la grenouillette sus-hyoïdienne est congénitale ; quoi qu'il en soit, cette grenouillette ne peut pas entrer dans le cadre trop restreint du professeur Tillaux et de bien d'autres qui prétendent qu'une grenouillette sus-hyoïdienne est fatalement fille d'une grenouillette sub-linguale : et peut-être dans cette question, pour être dans le vrai faut-il être éclectique.

Mais ce qu'il faut bien se rappeler, c'est que plus on

réfléchit à certaines grenouillettes sus-hyoïdiennes, plus on est tenté de les assimiler à des kystes congénitaux, quand on voit certains de ces kystes à la fois sus-hyoïdiens, sublinguaux, intra-linguaux même, et quand par injection ou dissection on découvre des grenouillettes se prolongeant jusqu'à la base de la langue, jusqu'à l'os hyoïde et jusqu'aux gros vaisseaux du cou, on ne peut que comparer ces tumeurs à des cavités néoformées d'origine congénitale.

CHAPITRE III

Si, dans notre rapide historique, au lieu de grouper autour de chaque procédé comme autour d'un drapeau tous ceux qui y ont recours, nous avions scrupuleusement suivi l'ordre chronologique, nous aurions pu voir plusieurs parmi les plus autorisés, accorder leur confiance tantôt à l'un tantôt à un autre : ce qui tendrait bien à prouver que les déceptions étaient fréquentes, aucune méthode n'ayant pu faire ses preuves, n'ayant donné des résultats qui la fissent prévaloir sur les autres et adopter par tous.

On peut dire encore que si tant d'ouvriers ont forgé tant d'armes contre une affection relativement bénigne et rare, c'est que celle-ci est, malgré tout, une affection sérieuse.

Et en effet, la grenouillette comporte un gros point noir : son aptitude à récidiver si souvent et dans un délai si bref, malgré quelquefois les traitements les plus énergiques et les mieux dirigés.

Cette fréquence, cette opiniâtreté de récidives, qu'expliquent bien et l'origine et la forme de la tumeur, nous

allons la montrer, non pas au moyen d'observations, nous avons dit plus haut pourquoi, mais en examinant chacun des procédés dirigés contre elle et en constatant les résultats obtenus.

Nous ne nous arrêterons pas aux procédés purement médicaux, trop démodés d'ailleurs et qui méritent à peine qu'on les cite.

Il est aussi certains procédés chirurgicaux que nous discuterons très rapidement, car ils sont abandonnés de tous et ont fait preuve d'une définitive et palpable insuffisance, ne répondant en aucune façon aux indications thérapeutiques.

Voici de quelle façon, dans leur *Traité de chirurgie* MM. Forgues et Reclus posent ces indications : « Et au point de vue thérapeutique, le chirurgien a le droit d'être indifférent aux interminables débats sur la question du siège anatomique de la ranule. Qu'elle soit un kyste glandulaire du groupe sublingual, qu'elle résulte d'une ectasie kystique de la glande de Nünhn Blandin ou d'une hydro-pisie de la problématique bourse de Fleischmann, l'indication thérapeutique et le procédé de guérison restent les mêmes. Il y a une poche qu'il faut vider de son contenu et une paroi dont il faut stimuler les qualités adhésives. »

La phrase que nous empruntons à MM. Forgues et Reclus semble rejeter complètement en dehors des moyens curatifs que l'on peut employer contre la ranule l'opération chirurgicale par excellence, l'ablation de la tumeur : et c'est avec raison nous semble-t-il ; car, si cette opération a le mérite d'être radicale, de mettre sûrement à l'abri d'une récurrence toujours à redouter, elle a le tort d'être dans la plupart des cas absolument impraticable :

à part, en effet, quelques rares cas de grenouillette d'origine sublinguale où la tumeur est bien limitée, enlever celle-ci serait une opération redoutable, exposant le malade au danger d'une hémorragie — qu'il est plus facile de prévoir que d'arrêter — en raison du grand nombre et de l'importance des vaisseaux qui sillonnent le champ opératoire ou tout au moins ses confins ; et lorsqu'on se trouve en présence d'une grenouillette sus-hyoïdienne d'un volume considérable occupant toute la face antérieure du cou, à tel point qu'on a pu confondre avec un goître volumineux¹, envoyant des diverticules dans tous les sens et dans tous les plans, s'insinuant entre les faisceaux nerveux ou vasculaires, dont les culs-de-sac vont en haut se perdre dans les faisceaux musculaires de la langue et en bas atteignent la clavicule, alors, l'opération est non seulement dangereuse par les grands délabrements qu'elle impose et le temps qu'elle nécessite, mais encore elle est impossible, car elle ne peut être forcément qu'incomplète.

De plus, la dissection relativement facile pour les parties superficielles est d'une extrême difficulté pour les parties profondes, non seulement en raison de la conformation de la tumeur, mais encore en raison de la friabilité de la paroi intimement adhérente en outre aux fibres musculaires voisines ; de sorte que la plupart des opérateurs qui se sont embarqués dans ces extirpations ont dû s'arrêter à un moment donné et se contenter de la résection partielle des parties superficielles du kyste que seules ils avaient pu atteindre.

¹ Communication orale de M. le Dr Destot.

La ponction simple, souvent, permet à peine d'évacuer le liquide visqueux contenu dans la tumeur, et l'opération que personne ne songe plus à pratiquer d'une façon méthodique, est suivie d'une récurrence aussi rapide qu'infaillible ; le pertuis très étroit ouvert par le trocart ne tarde pas à se cicatriser, et la paroi restant absolument en l'état, sécrète toujours, d'où enkystement d'une nouvelle quantité de liquide.

Inciser la paroi, c'est s'exposer aux mêmes mécomptes et pour les mêmes raisons : la poche évidemment se vide plus facilement ; l'ouverture persiste plus longtemps, mais là aussi la cicatrisation arrive très vite et le résultat n'est pas plus brillant qu'avec la ponction simple ; la récurrence est aussi rapide est aussi certaine.

Exciser la poche, c'est enlever une partie du danger, mais une partie seulement, puisque ce qui reste de la paroi va continuer à sécréter, et l'opération incomplète donne des résultats incomplets.

La cautérisation au fer rouge n'a pas non plus une valeur thérapeutique bien certaine, elle détruit bien une partie de la paroi, modifie bien dans ce qui en reste, tout ce qui est en rapport plus au moins direct avec le cautère ; mais avec un tel instrument, l'opérateur ne peut pas limiter avec précision sa sphère d'action et surtout atteindre les culs-de-sac reculés ou cachés, source véritable du danger, sans faire courir au malade de graves risques, sans s'exposer à blesser les organes voisins ; l'opération ou dangereuse ou incomplète est une opération aveugle.

Le procédé du *séton* a plus de valeur que les précédents, il permet, en effet, d'évacuer le liquide aussitôt

qu'il est formé et, de la sorte, met constamment à l'abri d'une récurrence : mais il a le tort de guérir une infirmité en en créant une autre ; et peut-être, bien des malades aimeraient autant leur tumeur qui les gênait qu'un séton qui sent mauvais ou qu'une fistule qui coule constamment : en agissant ainsi, on remplit très bien l'une des deux indications thérapeutiques, mais on laisse l'autre absolument de côté, puisqu'on ne fait rien pour stimuler les qualités adhésives de la paroi sécrétante ; c'est en somme un procédé non pas curatif, mais simplement palliatif : il est d'ailleurs abandonné de tous, et en 1881, au cours de la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie de Paris, une seule voix s'éleva pour le défendre : celle de M. A. Després, dernier chirurgien de la vieille école, gardien authentique des traditions ancestrales et des pansements au diachylon ou au cérat.

L'autoplastie de Jobert de Lamballe et de Barrier de Lyon, aussi ingénieuse que laborieuse ne guérit, elle aussi, la ranule qu'au prix d'une fistule permanente tout comme le procédé cher à M. Després : au cours de la même séance, elle fut jugée et abandonnée par tous, même par M. Forget, qui autrefois y avait recours, et même ainsi que nous l'avons dit avait modifié l'opération : elle est de plus presque impraticable dans le cas de grenouillette sus-hyoïdienne ; et, nous voulons le répéter, guérir au prix d'une fistule permanente, est-ce bien guérir ?

Nous arrivons à une méthode plus logique et plus efficace, méthode générale que l'on a plusieurs fois modifiée, soit quant aux agents, soit quant à la manière de procéder ; la seule qui remplisse bien les deux indications

d'évacuer le liquide et de stimuler la paroi : c'est la méthode des injections et des lavages irritants.

Les injections de liquides destinées à modifier la paroi du kyste paraissent devoir être infaillibles : le liquide, en effet, va baigner la paroi tout entière, s'insinuant dans tous les recoins, pénétrant dans tous les diverticules, agit en un mot sur tout ce que l'on veut atteindre ; malheureusement, cela n'est vrai qu'en théorie, et l'opération quelquefois impuissante à guérir est plus souvent encore impuissante à prévenir la récidive, et cela parce que, malgré tout, la paroi tout entière n'est pas en rapport avec le liquide ; il existe souvent, sur le trajet, des prolongements des brides musculaires qui les étranglent énergiquement, et l'injection irritante bien entendu, ne fait que resserer l'étranglement ; il existe de plus, sur la paroi, un certain nombre de groupes glandulaires plus ou moins bien conformés que M. Suzanne de Bordeaux a étudiés dans une thèse remarquable et qu'il appelle grenouillettes secondaires ; qu'au cours de l'opération, un seul de ces éléments échappe à l'action du porte-caustique, et le résultat est compromis ; on a de nouveau sécrétion et enkystement d'une collection liquide.

Qu'on ait lavé la poche avant d'introduire le liquide modificateur, cela à l'avantage de faciliter l'immersion de la paroi préalablement détergée, mais ne fait pas disparaître la cause d'insuccès que nous signalons plus haut.

Il est certain que, malgré ce que nous disons, cette méthode a donné de très beaux résultats, à côté d'échecs trop nombreux.

Il est une modification de ce procédé qui se recommande

d'une pratique courante et de succès bien haut annoncés. M. Th. Auger, et après lui M. Le Dentu, font jouer au liquide kystique le rôle de porte-caustique, que d'autres confient soit à l'eau, soit au vin, soit surtout à l'alcool. Si le liquide kystique est suffisamment fluide pour se mélanger d'une façon intime avec la substance destinée à modifier la paroi, ce mode d'opérer ajoute à la valeur du procédé, car de la sorte, on arrive à baigner les derniers replis de la tumeur, très simplement, résultat qu'on n'obtient avec l'opération précédente qu'au prix d'une injection poussée avec quelque violence ; mais trop souvent le contenu du kyste est extrêmement visqueux ; on comprend que, dans ce cas, le mélange s'opère mal et que bien des points de la paroi ne soient pas touchés.

Voici comment M. Le Dentu fixe le manuel opératoire qu'il préconise.

On sert du chlorure de zinc à l'état de déliquescence, produit spontané de l'hydratation qui atteint le sel à la longue, même dans les flacons bien bouchés. Il est inutile d'évacuer la poche avant de faire l'injection ; cependant, dans le cas de distension exagérée, on retire une petite quantité de liquide. La quantité injectée ne doit jamais dépasser deux gouttes ; autrement, la réaction inflammatoire et les douleurs acquerraient une intensité alarmante et parfaitement inutile pour la guérison : l'instrument dont on se sert est une petite seringue en caoutchouc durci.

Relativement aux doses à injecter, M. Le Dentu divise les grenouillettes en petites, moyennes et grosses, dans lesquelles il injecte respectivement une goutte, une goutte et demie et deux gouttes de son caustique sans

jamais dépasser cette dernière dose. La gangrène frappe parfois la poche partiellement ou en totalité ; elle n'est qu'un accident secondaire et sans gravité, inutile d'ailleurs pour la guérison. La période inflammatoire dure quatre à six jours ; la guérison est complète vers le dixième ou le douzième jour.

M. Le Dentu dit avoir eu recours à ce procédé vingt-cinq fois ; chaque fois il a réussi à guérir les malades du premier coup et n'a jamais observé de récidives.

Malheureusement, le procédé infailible échoue entre les mains de M. Desprès, et M. Gillette a vu récidiver la grenouillette de l'un des opérés de M. Auger, lequel ainsi que nous l'avons dit en a opéré seulement deux ; cependant, dans ce cas il n'était pas resté dans les limites indiquées pour les doses, ayant injecté jusqu'à trois gouttes de chlorure de zinc. La réaction et les douleurs furent d'une violence extrême et pourtant la récidive eut lieu.

M. Rochet nous a parlé d'un malade chez lequel la réaction fut si intense à la suite d'une injection de teinture d'iode fermée qu'on dut préparer tout ce qu'il fallait pour faire une trachéotomie.

Ce que nous reprochons donc à ce procédé, ce n'est pas seulement d'avoir des suites immédiates plus au moins dramatiques, mais bien de ne pas donner une sécurité plus complète au point de vue de la récidive.

Dans la séance de la Société de chirurgie dont nous avons déjà parlé, le professeur Verneuil dit avoir vu tout échouer comme tout réussir, et même ayant à traiter un cas à récidives multiples il inventa un procédé de section lente de la tumeur qu'il dit avoir bien réussi.

Enfin, le professeur U. Trélat, résumant la discussion,

dit que la guérison peut s'obtenir par divers moyens, mais qu'aucun d'eux ne met à l'abri de la récurrence.

Voilà, nous semble-t-il établie d'une façon suffisante l'incurabilité, ou plutôt la difficile curabilité de la ranule apte à récidiver.

CHAPITRE IV

Observations

OBSERVATION I

X ..., âgé de trente-cinq ans. La grosseur qu'il porte sous le maxillaire date de deux mois. Cependant, auparavant, il sentait déjà une petite tumeur à ce niveau, ce qui permet de supposer que le début est peut-être déjà assez éloigné. Si on examine la région sous-maxillaire latérale, on voit que les téguments sont distendus par une tumeur du volume d'un œuf de pigeon : la peau ne présente, du reste, aucun phénomène inflammatoire et glisse très facilement sur la tumeur; celle-ci est fluctuante, et on perçoit la fluctuation très nettement, surtout lorsqu'on la recherche avec un doigt introduit dans la bouche; la fluctuation se transmet là, très facilement sous la pointe de la langue : dans la bouche, du reste, on ne note aucune saillie anormale, ni de grenouillette sublinguale proprement dite. La ponction de la tumeur de la région sus-hyoïdienne latérale donna issue au liquide citrin de consistance sirupeuse que contiennent d'ordinaire les grenouillettes.

L'opération fut faite de la façon suivante : Après anesthésie locale, l'incision fut pratiquée dans la région sous-maxillaire et, vers le point le plus déclive de la tumeur liquide (elle était

petite, du reste, 1 cm 50 environ), on incisa couche par couche en cherchant à découvrir la paroi propre de la poche avant de l'inciser; cette paroi propre une fois reconnue, on y fit une petite boutonnière dont on pinça les deux lèvres avec des pinces hémostatiques, ce qui permit d'évacuer à peu près complètement le contenu de la poche; ceci fait, et en tirant légèrement sur les deux lèvres de l'ouverture de la poche pour déplier celle-ci, on introduisit un petit drain à l'intérieur et on le fixa à la peau par un point de suture, puis la canule d'un petit trocart de Dieulafoy fut introduite dans le drain lui-même et poussée à une certaine profondeur pour bien être dans la poche elle-même, et par cette canule on injecta alors une certaine quantité de teinture d'iode pure (10 grammes environ), on laissa le liquide dans la poche pendant quelques instants et on le laissa ressortir par la canule toujours en place; on sortit alors la canule et le drain restant toujours en place, on fit un pansement. La douleur produite par le gonflement de la poche au moyen de la teinture d'iode, fut très vive; le soir il y eut une réaction inflammatoire intense avec irradiations douloureuses dans la langue et dans la partie inférieure du cou; les jours suivants, l'inflammation se traduisit par un gonflement notable de la région sus-hyoïdienne latérale, avec douleur à la pression et même un peu d'œdème de la peau; la poche ne suppura pas, mais par le drain il s'écoula en notable quantité un liquide noirâtre mélangé de petits détritits, semblables à des produits de nécrose; la poche resta un peu enflammée et dure pendant quinze jours environ; au bout de ce temps, le drain fut enlevé et les tissus commencèrent à s'assouplir; l'orifice où était le drain se ferma rapidement après qu'on l'eut enlevé, le malade revu dix mois après ne présentait aucune trace de récurrence, ni même d'induration: revu une seconde fois deux mois après, il était toujours dans le même état et la tumeur n'a pas récidivé.

OBSERVATION II

M. X..., âgé de vingt-huit ans; toujours bien portant jusqu'alors. L'affection a commencé par une grenouillette sublinguale du côté gauche; très petite au début, elle avait simplement été ouverte, évacuée, puis cautérisée sur sa paroi interne avec le nitrate d'argent solide : tout s'était bien passé, mais trois ou quatre mois après, la tumeur avait reparu, empiétant cette fois du côté gauche du frein de la langue et paraissant beaucoup plus volumineuse que la première fois. Le malade ne voulut pas d'autre opération que l'ouverture simple à nouveau de sa grenouillette, puis il partit en voyage. Revu quatre mois après, la tumeur avait reparu et augmenté beaucoup et même à ce moment, apparaissait, ce qui n'avait pas encore eu lieu, une tumeur sus-hyoïdienne latérale. Celle-ci augmenta même très rapidement, et bientôt fut volumineuse au point de faire une saillie grosse comme une mandarine dans la région sous-maxillaire. Le malade se décida alors à une intervention. Celle-ci fut faite de la façon suivante :

Le malade fut anesthésié, une incision longue de 4 à 5 centimètres fut pratiquée dans la région sus-hyoïdienne de façon à aller aborder cette poche volumineuse et à essayer d'en extirper une partie; mais les difficultés de la dissection furent considérables : la paroi de la poche, très mince et qui paraissait s'étendre très profondément vers la base de la langue se déchira à plusieurs reprises. On en réséqua le plus qu'il fut possible, et on plaça un drain profondément engagé dans la poche; la tumeur sublinguale avait été complètement vidée et évacuée par l'ouverture de la tumeur sus-hyoïdienne; elles étaient donc en large communication; avant de placer le drain on avait touché la surface interne de la paroi avec un tampon de coton imprégné d'une solution de chlorure de zinc à 1/10; on renouvela cette cautérisation à plusieurs reprises. Les jours suivants tout se passa bien et il n'y eut même pas de réaction inflammatoire trop vive, malgré la cautérisation

au chlorure de zinc; la tumeur avait disparu. La cicatrisation était presque faite autour du drain et tout paraissait devoir se terminer là quand, un jour (trois semaines après l'opération), le malade s'aperçut qu'il venait une nouvelle grosseur sous la langue, mais cette fois du côté droit, et non pas du côté où l'on avait opéré; on essaya de vider cette collection nouvelle en appuyant dessus de manière à la faire évacuer par le drain; mais, soit qu'elle n'eût jamais communiqué avec la première, soit que la communication se fût oblitérée secondairement, on ne réussit pas à évacuer le liquide; on attendit quelques jours et voyant que cette tumeur augmentait toujours, on introduisit par le drain une canule du trocart de Dieulafoy, et en se guidant avec un doigt placé dans la bouche et qui sentait très bien la pointe de cette canule sous le plancher de la langue, on chercha à la diriger de bas en haut contre la collection et à déchirer la paroi, ce qui arriva, et on put de la sorte évacuer par la canule tout le contenu du kyste; c'était un liquide ayant tous les caractères que l'on voit d'ordinaire aux liquides de grenouillettes, il ressemblait d'ailleurs absolument à celui qu'on avait retiré de la première tumeur, puis dans le but d'éviter la formation de nouvelles parties dans des points de l'ancienne cavité qui certainement avaient échappé à l'action modificatrice du chlorure de zinc, on poussa par la canule une injection de teinture d'iode pure qui distendit la nouvelle poche et dessina même nettement sous la langue et sous le plancher de nouvelles tumeurs, ce qui confirma l'hypothèse de prolongements multiples et très irréguliers non oblitérés, non modifiés du kyste primitif.

Cette injection de teinture d'iode poussée avec une certaine force et qu'on laissa ressortir par la canule détermina une douleur intense et presque une syncope chez le malade qu'on pensait assis; l'iode avait probablement brûlé le nerf lingual, car les douleurs remontaient dans la partie profonde de la langue, s'irradiaient dans les parties latérales du pharynx et jusqu'à la base du crâne; quelques heures après, le cou était devenu énorme et le malade éprouvait une gêne respiratoire telle qu'on craignit un instant un œdème de la glotte; les douleurs et la réaction inflammatoire

durèrent, plus atténuées cependant, pendant plusieurs jours ; au bout de cinq ou six jours, le malade se plaignant que certaines saletés sortaient de sa bouche, on s'aperçut, en examinant celle-ci, que toute la muqueuse du plancher sub-lingual et de la face inférieure de la pointe de la langue était sphacélée ; l'iode avait détruit en entier la paroi de la tumeur, y compris la muqueuse qui la recouvrait extérieurement, de sorte qu'on avait sous les yeux l'intérieur même de la poche ; des lavages répétés de la bouche avec des solutions antiseptiques furent soigneusement faits, en même temps que par le drain sus-hyoïdien, toujours en place, on faisait des irrigations de même nature qui permirent à la réparation de se poursuivre et de se terminer sans accidents infectieux. Quand le plancher de la bouche fut réparé par granulation et quand les lavages permirent de constater qu'il n'entraînait plus que très peu de liquide dans la poche, on enleva le drain et on laissa la cicatrisation se faire librement. Pendant quelques mois, après l'opération, la langue, un peu collée au plancher de la bouche par la cicatrisation de ce dernier et d'une partie même de ses fibres profondes, était gênée dans les mouvements de déglutition et de phonation, mais peu à peu elle récupéra sa souplesse et actuellement, c'est-à-dire deux ans après l'opération, il n'existe plus de troubles fonctionnels, quoique la langue n'ait plus de frein, à proprement parler ; il n'y a pas eu de nouvelle récurrence depuis cette intervention ; les tissus du cou sont absolument souples et en somme le résultat paraît excellent.

OBSERVATION III

Petite fille de douze ans, porte depuis quelques mois une grenouillette sus-hyoïdienne de la grosseur d'une noix environ ; du côté du plancher de la bouche, on ne note rien de particulier ; mais la pression sur la tumeur sous-maxillaire fait saillir le plancher buccal et on sent que la poche vient jusque sous le plancher. La petite malade étant anesthésiée, par une petite incision, on dissèque le plan jusqu'à la poche ; celle-ci est ensuite ponctionnée,

évacuée, et un petit drain y est introduit ; par ce drain, on pousse alors une injection de teinture d'iode pure : la poche se distend sous l'injection ; on met le doigt sur l'orifice pour maintenir l'injection dans la cavité durant quelques minutes, puis on la laisse ressortir et on fait un pansement approprié ; le jour suivant, il y eut une réaction inflammatoire très modérée, et du reste aucun symptôme du côté de la respiration et de la déglutition ; le drain fut retiré au bout de trois semaines ; dans l'intervalle de ce temps, on avait fait, grâce à lui, deux petits lavages antiseptiques dans l'ancienne poche qui, du reste, admettait très peu de liquide. Actuellement, c'est-à-dire six ans après l'opération, la malade ne présente aucune trace de récurrence.

Quand on a passé en revue les différents procédés conseillés pour la cure de la grenouillette, on voit qu'au point de vue des résultats qu'ils donnent, on peut les diviser en plusieurs catégories ; les uns sont d'une insuffisance, d'une inefficacité absolue ; tels la ponction simple ou même le simple drainage, car dans les poches un peu grandes et un peu diffuses, le drainage, à moins d'amener une grosse et longue suppuration et une inflammation assez vive, ne peut guère produire l'adhérence complète et définitive des parois de la poche ; d'autres sont curatifs, théoriquement tout au moins, et il est certain que si le chirurgien pouvait dans tous les cas décortiquer et réséquer dans toute son étendue la paroi kystique, ce serait là, évidemment, la méthode de choix ; malheureusement comme nous l'avons dit déjà, cette manière de faire est dans bien des cas absolument impraticable, et hors les cas de poche petite et bien limitée, il faut avoir recours à un autre procédé ; enfin, il est une autre catégorie de procédés, efficaces, si l'on veut au point de vue de la garantie de la récurrence, mais qui ne sont pas innocents : tels, les

injections modificatrices violentes, comme la teinture d'iode et le chlorure de zinc que l'on injecte après la ponction capillaire du kyste même sans l'avoir évacué auparavant : beaucoup d'observations témoignent qu'on a à la suite une réaction inflammatoire des plus violentes, et quelquefois inquiétante : dans certains cas, même le gonflement des parties molles, les menaces d'œdème de la glotte ont pu inspirer de sérieuses inquiétudes : M. Le Dentu, qui s'est fait surtout le partisan des injections de chlorure de zinc, prétend bien que malgré certaines alarmes les accidents ont toujours fini par rétrocéder spontanément, mais il est des cas où la suppuration et le sphacèle même ont envahi la poche, qu'il a fallu alors traiter comme un phlegmon diffus : dans un des cas que M. Rochet a observé à la suite d'une injection fermée de teinture d'iode, on s'est demandé un moment s'il ne faudrait pas pratiquer la trachéotomie pour remédier à des accidents de suffocation qui paraissaient des plus menaçants.

Se basant sur toutes ces considérations, M. le professeur agrégé Rochet a cherché, dans trois cas de grenouillettes sus-hyoïdiennes qu'il a eu à traiter, à appliquer une méthode éclectique en quelque sorte, en combinant ensemble trois des procédés déjà employés (ouverture, drainage, cautérisation), méthode mixte donnant, au point de vue de la récurrence le maximum de garantie, tout en restant innocente et applicable à tous les cas de la pratique. Ce n'est pas une méthode nouvelle, mais bien une combinaison raisonnée, réglée de plusieurs procédés.

Voici comment cette méthode nous paraît devoir être réglée dans ses grands traits.

A moins d'avoir affaire à une poche petite et bien limitée,

il n'est pas besoin de chercher à disséquer complètement.

La poche est à enlever en totalité; nous avons vu plus haut que ce travail est le plus souvent extrêmement difficile parfois tout à fait impossible: d'autre part, injecter simplement dans la cavité une injection modificatrice violente et l'y laisser, comme on le fait lorsqu'avec un trocart on ponctionne la poche et qu'ensuite on y injecte le liquide modificateur, nous paraît dangereux, ainsi que nous l'avons dit, à cause des réactions inflammatoires dont, pour la plupart des cas, on ne peut mesurer l'intensité et surtout l'étendue; on n'a d'ailleurs, par ce procédé, qu'une sécurité relative au point de vue de la récédive, en raison de la différence de certaines grenouillettes; enfin, le simple drainage demande, pour amener l'adhésion des parois, un temps excessivement long dans les cas de kystes un peu volumineux.

Quand on se trouve en présence d'une grenouillette volumineuse poussant des prolongements du côté du plancher de la bouche, cas dans lesquels l'extirpation qui reste la méthode de choix pour une grenouillette petite et bien limitée, est impossible, et dans lesquels le drainage simple risquerait de rester inefficace, on pourra procéder ainsi :

On fait une petite incision d'1 à 2 centimètres dans la région sus-hyoïdienne et au niveau du point le plus déclive du kyste; par cette incision, en écartant ou en excisant quelques fibres musculaires, on arrive bientôt sur la paroi kystique elle-même; on la ponctionne, et, au moyen de deux fines pinces hémostatiques, on saisit les deux lèvres de l'ouverture; par cette ouverture, on évacue le liquide de la collection; si celui-ci est trop épais, on agrandit simplement l'ouverture; puis, cela fait, on introduit un drain

qui s'engage assez profondément dans la cavité ; ensuite, après avoir fixé ce drain à la peau par un ou deux points de suture, après avoir aussi, pour empêcher le retrait de la poche vers les parties profondes, fixé les lèvres de l'incision à la peau au moyen de sutures, on introduit une canule métallique, celle du gros trocart Dieulafoy, par exemple, dans l'intérieur du drain et, par cette canule, on pousse l'injection modificatrice choisie avec une certaine force, afin de distendre entièrement la poche et pour que le liquide pénètre bien dans tous les prolongements ; on laisse le liquide qui, de préférence, doit être de la teinture d'iode pure, en contact avec la paroi pendant quelques instants ; puis, quand on juge l'action modificatrice suffisante, on le laisse ressortir ; puis on fait un pansement par-dessus le tout, la canule étant retirée ; le drain reste en place et sert de soupape de sûreté pour les accidents inflammatoires qui pourraient se produire ; les jours suivants, on ne renouvelle le pansement qu'au cas où il est souillé par des sécrétions venues de la poche ; s'il survient de la suppuration, on peut faire des lavages antiseptiques au moyen du drain ; par lui, on surveille comment se fait la cicatrisation de la poche : si les lavages qu'on fait montrent que la cavité reste encore spacieuse pendant longtemps, on peut, à un moment donné, faire une nouvelle injection modificatrice pour hâter la cicatrisation ; si, d'autre part, comme dans notre observation, on s'aperçoit à un certain moment que des diverticules s'emplissent de nouveau, du côté du plancher buccal par exemple, on peut réintroduire une canule par le drain, aller chercher et ouvrir le kyste nouveau avec la pointe de cette canule, en évacuer le contenu par la cavité du premier

kyste et, au besoin, faire une injection modificatrice nouvelle; lorsque le plancher de la bouche reste bien plat et qu'il ne paraît plus y avoir de danger de formation d'une grenouillette sublinguale, quand, d'autre part, la cavité admet des quantités de liquide de moins en moins copieuses, on diminue progressivement la longueur du drain et finalement on arrive à le supprimer.

Comme on le voit, ce n'est pas là une méthode nouvelle, mais bien la combinaison de l'injection modificatrice et du drainage permanent, pour arriver à la guérison de certains kystes, pour lesquels les récidives ne sont que trop fréquentes quand on se borne à faire soit l'injection, soit le drainage séparément, et pour lesquels encore une fois la seule méthode rationnelle, c'est-à-dire l'extirpation totale, offre trop de difficultés et trop de dangers.

CONCLUSIONS

Pour les petites grenouillettes sus-hyoïdiennes, qui ne présentent pas de prolongement sublingual, ne s'accompagnent pas de grenouillettes concomitantes du plancher de la bouche et dont la dissection peut se faire aisément et en totalité, le traitement de choix est évidemment l'*extirpation* après dissection de la paroi de la poche.

Dans certains petits kystes aussi le *drainage simple* peut réussir à la longue.

Pour les grenouillettes volumineuses et diffuses qui se rapprochent de certains kystes congénitaux avec prolongements du plancher de la bouche, diverticules du côté de la base de la langue et arrivent parfois à se diffuser assez loin du côté du cou, il ne faut pas songer à faire une extirpation régulière et totale de la paroi ; d'autre part, le drainage simple risque, dans ces cas, d'être ou bien insuffisant ou bien d'une trop grande durée d'application pour guérir. Enfin, les injections caustiques fermées (procédé d'Anger et Le Dentu) déterminent parfois des réactions inflamma-

toires qui peuvent être dangereuses par les accès de dyspnée dus à l'œdème de la glotte qui vient compliquer la réaction et cela sans mettre absolument à l'abri des récurrences, comme plusieurs chirurgiens l'ont noté. En effet, il ne faut pas oublier, encore une fois, que dans beaucoup de grenouillettes après l'évacuation de la poche principale même lorsqu'elle communique largement avec une grenouillette sublinguale concomitante, on voit se former de nouvelles poches à côté de celle que l'on vient d'évacuer et de traiter, poches pour lesquelles il faudrait une intervention nouvelle, soit du côté du cou, soit du côté du plancher de la bouche. Avec la canule qu'on introduit dans le drain par le procédé que nous conseillons, on peut toujours évacuer et traiter secondairement les poches de formation nouvelle.

C'est dans ces grenouillettes étendues et non limitées, que la méthode mixte que nous proposons trouve son indication. C'est une combinaison de *l'ouverture large du kyste, du drainage et de la cautérisation consécutive*, chacun de ces procédés se complétant pour arriver à une guérison plus sûre et sans risque pour le malade.

Le *modus faciendi* à employer pratiquement par le chirurgien, c'est :

1° D'ouvrir la poche méthodiquement au bistouri par une boutonnière assez large pour évacuer complètement le contenu souvent épais et gélatineux, qu'une simple ponction, même avec un gros trocart, risquerait de laisser en partie dans le kyste ;

2° D'introduire ensuite un drain à une certaine profondeur en lesurant aux lèvres de la boutonnière ;

3° De pousser directement par ce drain, au moyen d'une

canule rigide, introduite dans son intérieur, une injection très caustique (teinture d'iode pure de préférence); la réaction inflammatoire produite par l'injection trouve dans le drain une véritable soupape de sûreté qui empêche les accidents dus aux injections en poche fermée.

4° Le drain à demeure permet en outre ultérieurement, soit de recommencer une injection si la poche tarde à se combler, soit même d'ouvrir sans opération nouvelle et par le simple moyen d'une canule métallique introduite dans son intérieur des poches nouvelles qui pourraient se reformer et de traiter ensuite ces poches secondaires comme la poche primitive par une injection modificatrice.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
M. POLLOSSON.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

